



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

## SOLICITUD DE REVISION EXAMEN DE REVALIDA

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Tel. residencial: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel: celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico (email address): \_\_\_\_\_

Fecha en que tomó el examen: \_\_\_\_\_

Parte del examen para la cual solicita revisión:

( ) Ciencias Básicas: Puntuación obtenida: \_\_\_\_\_

( ) Ciencias Clínicas: Puntuación obtenida: \_\_\_\_\_

La Revisión se ofrecerá: En la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico- Edificio GM Group, Frente Antiguo Edificio la Electrónica calle Ponce de León #1590 (3<sup>er</sup> piso) Rio Piedras, Puerto Rico 00926

■ Ciencias Básicas: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022, a las \_\_\_\_\_ :00 am

■ Ciencias Clínicas: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022, a las \_\_\_\_\_ :00 pm

Fecha límite para radicar su Solicitud de Revisión será: \_\_\_\_\_

No se aceptarán solicitudes fuera de la fecha límite sin excepción. ■ La revisión del puntaje reportado al candidato es realizada únicamente por el candidato, **no** podrá ser delegada; el candidato deberá presentar identificación con foto y documento de citación al momento del registro.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta solicitud deberá ir acompañada de un (1) pago en giro postal o bancario, por la cantidad de CINCUENTA DOLARES (\$50.00) "por cada parte de la cual solicita revisión" a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA.

Rev/julio2017

JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MEDICA DE PUERTO RICO  
PO BOX 13969, SAN JUAN, PR 00908-3969

[WWW.SALUD.GOV.PR](http://WWW.SALUD.GOV.PR), (787)765-2929 Ext. 6580

[junta.medicos@salud.pr.gov](mailto:junta.medicos@salud.pr.gov)

